

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

267

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques KANIEWSKI

Né le 30 juin 1910, à Lodz (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE
CHEZ LES
TUBERCULEUX PULMONAIRES

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques KANIEWSKI

Né le 30 juin 1910, à Lodz (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE

CHEZ LES
TUBERCULEUX PULMONAIRES

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

V. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Qui a été pour moi l'exemple d'une vie
de probité et de labeur.*

A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour et de reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Laennec

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PIERRE JACOB

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Hommage de ma reconnaissance pour
le précieux enseignement qu'il nous a si
largement dispensé pendant notre séjour
dans son service.*

A M. LE DOCTEUR CAILLERET

*En témoignage de notre respectueuse
gratitude.*

A MON MAITRE

Mlle LE DOCTEUR G. DREYFUS-SÉE

Ancien chef de Clinique à la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin-Assistant à la Salpêtrière

*Qui nous a inspiré ce travail. Hommage
de notre respectueuse reconnaissance pour
le précieux enseignement et pour la bien-
veillance qu'elle nous a toujours témoi-
gnée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

- M. LE PROFESSEUR RATHERY
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT
- M. LE DOCTEUR GUILBERT (f. f. d'externe)
- M. LE DOCTEUR TIXIER
- M. LE DOCTEUR HALLÉ
- M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA
- M. LE PROFESSEUR GOUGEROT
- M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
- M. LE DOCTEUR TOURAINÉ (f. f. d'externe)
- M. LE DOCTEUR SOLOMON (f. f. d'externe)
- M. LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD (f. f. d'externe)
- M. LE DOCTEUR PIERRE JACOB (f. f. d'externe)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE CHEZ LES TUBERCULEUX PULMONAIRES

INTRODUCTION

Les rapports qui existent entre les infections de l'appendice et la tuberculose sont très complexes et ont fait l'objet de nombreuses discussions. Ce qui rend leur étude particulièrement difficile, c'est la confusion qui existe dans les termes employés : appendicite tuberculeuse, tuberculose de l'appendice, appendicite chez les tuberculeux répondent, en effet, à des faits bien différents.

A l'heure actuelle les différents aspects de la question peuvent se ramener à plusieurs types :

1° L'appendicite simulant la tuberculose.

C'est une forme d'appendicite chronique ou subaiguë avec une atteinte profonde et persistante de l'état général (température, sueurs nocturnes, amaigrissement) qui peut égarer plus ou moins longtemps le diagnostic et simuler le début de tuberculose pulmonaire. L'ablation de l'appendice en rendant la santé

immédiatement au malade montre qu'il n'a jamais été un tuberculeux.

2^o Appendicite banale des tuberculeux.

Certains tuberculeux font un jour une crise subite d'appendicite à propos de laquelle aucune hésitation n'est possible et qu'il faut opérer d'urgence. A l'examen de l'appendice on ne trouve aucun caractère bacillaire des lésions. On peut en rapprocher les appendicites d'origine vraisemblablement toxi-tuberculeuse correspondant aux formes de tuberculose inflammatoire de Poncet et Leriche.

3^o Appendicite tuberculeuse primitive.

Dans certains cas le bacille tuberculeux pourrait atteindre primitivement l'appendice et de là gagner secondairement les poumons.

Malgré quelques observations intéressantes (Toubol) à ce sujet, la question reste encore à l'étude.

4^o Appendicite tuberculeuse apparaissant comme complication d'une tuberculose pulmonaire.

C'est cette forme que nous étudierons tout particulièrement dans ce travail et tâcherons d'en déduire des considérations cliniques et thérapeutiques nouvelles.

Dans ces dernières années (Bonnamour) on a beaucoup insisté sur la nécessité de distinguer l'appendicite tuberculeuse de la tuberculose de l'appendice.

Pour Bonnamour, la tuberculose appendiculaire est la localisation sur l'appendice d'une lésion généralisée à une plus ou moins grande partie du tube digestif, l'appendicite tuberculeuse étant au contraire une lésion localisée, tout au moins en apparence, à l'appendice et se manifestant pour son propre compte.

C'est faute d'avoir fait cette distinction que l'on a pu voir se manifester des opinions aussi opposées que celle de Dieulafoy déclarant l'appendicite tuberculeuse exceptionnellement rare et celle de Letulle et Weinberg établissant par l'anatomie pathologique que « l'appendicite tuberculeuse est une variété excessivement commune » (Bonnamour).

Pour Heitz, la véritable appendicite tuberculeuse est celle que présentent les tuberculeux avérés avec des lésions anatomiques de l'appendice certaines, d'ailleurs associées souvent à d'autres lésions de même nature du segment iléo-cæcal.

Si la conception de Bonnamour est exacte théoriquement, il nous semble qu'en pratique il est difficile de l'admettre dans toute sa rigueur. Nous croyons logique de garder le terme d'appendicite tuberculeuse à tous les cas où les lésions bacillaires de l'appendice ont pu être vérifiées. Nous verrons dans la suite que les lésions intestinales semblent être secondaires à celles de l'appendice et notre but est précisément d'attirer l'attention sur la nécessité de diagnostic pré-

cocce (souvent non sans difficulté) au stade d'appendicite tuberculeuse pour éviter l'extension intestinale et la possibilité d'une greffe d'infection aiguë banale sur l'appendice tuberculeux. Ce stade nous paraît éminemment chirurgical et curable.

Nous voulons, enfin, attirer l'attention sur la possibilité d'amélioration et même de guérison d'une tuberculose pulmonaire du fait de débarrasser l'organisme d'un foyer tuberculeux extrapulmonaire. Cette constatation n'est pas nouvelle (P. Jacob, E. Bernard) et les observations que nous publions ne font que la corroborer et contribuent à l'étendre à l'appendicite tuberculeuse.

Nous entreprenons ce travail, qui est le couronnement de nos études médicales, sur l'inspiration de notre Maître, Mlle le Dr Dreyfus-Sée, à qui nous exprimons ici notre plus vive reconnaissance pour son enseignement lumineux dont elle nous a donné l'occasion de profiter et pour ses précieux conseils qui nous ont aidé pendant l'élaboration de cette thèse.

Nous adressons à notre Maître M. le Dr P. Jacob, après l'année d'externat passée dans son service, l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillante attention qu'il a toujours portée à notre égard.

HISTORIQUE

Les travaux sur la tuberculose de l'appendice étant extrêmement nombreux, il nous paraît impossible de les citer tous, cela dépasserait le cadre de ce travail. Nous puiserons la plupart des données qui vont suivre dans la remarquable monographie de Bonnamour (*Journal de Méd. de Lyon*, 20 août 1933) qui a grandement contribué à la mise au point de la question.

Les idées ont varié suivant les époques et suivant qu'elles étaient envisagées par des chirurgiens ou par des médecins.

Au début on trouve de nombreuses observations d'appendicite tuberculeuse rapportées par des chirurgiens ayant constaté des complications tuberculeuses de voisinage : péritonites, abcès, fistules. Dix ans après les travaux de Meslier sur l'appendicite, Corbin (d'Orléans) en 1837 publie la première observation d'appendicite tuberculeuse chez un tuberculeux. Vers la même époque Hellowell en Amérique publie un cas semblable chez une fillette bacillaire. A partir de cette date les observations se multiplient. Ce sont celles de Simon (1847), de Dufour, de Broca (à la Société anatomique), d'Albers (1851), de Cless (1853) en Allemagne,

d'Habersthon en Angleterre (1857), de Duguet (1869), de Biggs (1888), de Bouilly (1889), de Hartmann, de Roux (1891). En 1892 se place une grosse discussion à la Société de Chirurgie à laquelle Terrier, Bouilly, Richelot, Reclus, Delorme, Reynier prirent part et apportèrent des faits d'appendicites tuberculeuses traitées chirurgicalement. Dans toute cette période nous trouvons aussi des travaux d'ensemble sur la question, les thèses de Bodard (1844), de Favre (1851), de Crouzet (1859), d'Aynes (1896). Plus récemment, citons les thèses de Petit (1906), de Vignard, de Le Bras (1910), de Mutel (1912), de Mallon (1920), de Brunon (1922).

Au point de vue médical la tuberculose appendiculaire n'a pas souvent attiré l'attention, mais les anatomo-pathologistes par contre ont été frappés par la fréquence plus grande qu'on ne le croyait des lésions tuberculeuses de l'appendice. Le premier travail d'ensemble sur ce sujet est celui de Leudet (Arch. gén. de Méd. 1859) qui attribue l'appendicite chronique dans un grand nombre de cas à la tuberculose. Letulle et Weinberg, en 1897 et en 1903 dans la thèse de leur élève Lesueur, faisant l'histo-pathologie de toutes les appendicites, font une place importante à l'appendicite tuberculeuse et aux lésions appendiculaires non spécifiques des bacillaires. Riedel (1898), en Allemagne, apporte une importante statistique d'appendicites d'origine tuberculeuse. De Josselin de Jong (1902), Bouglé (1903) constatent que l'appendicite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le suppose d'après les données de la clinique et ils insistent sur la néces-

sité qu'il y aurait de faire systématiquement l'examen histologique de tous les appendices enlevés. En 1906 Walther et son élève, Sainte Marie Dodeuil (Th. Paris, 1906), envisagent un rapport nouveau entre l'appendicite et la tuberculose en relatant des cas d'appendicite chronique simulant la tuberculose. De nombreuses observations semblables furent rapportées en 1911 par Faisans, Liégault (Th. Paris, 1911), Bruno, Comby, Siredey, Sergent, Claisse, Walther, de Massary. Enfin, la même année, Sergent pose la question de l'appendicite, cause de tuberculose ; la dyspepsie appendiculaire préparerait le terrain à la germination tuberculeuse. Une forme nouvelle de la tuberculose appendiculaire, la forme hypertrophique, a été particulièrement étudiée par Hartmann et Pillet et à leur suite dans les travaux de Bérard et Patel (1905-1906), Gayet (1908-1909), Leriche (1912), Perrin et Dunet (1922). Les syndromes appendiculaires au cours des infections tuberculeuses générales ont encore fait l'objet des travaux de Patel, Chavannaz (Congrès de Chir. 1905), Gayet et Croizier (1910), Cotte (1912 et 1920), Bérard et Alamartine (1913), Bérard et Vignard (L'appendicite, Masson 1914).

Plus récemment encore, à l'étranger, les travaux de Warwick, de Gatewood, de Silvestri (1920), de Noehren et Muller (1922), de Perera (1927), d'Aaskey, de Popper (1929), de Robles (1930), de W. W. Babcock, de O. Finzi (1932) ont tour à tour traité les différents aspects de la question.

En France, dans ces dernières années, la tubercu-

lose de l'appendice a connu de nouveau un regain d'actualité. Heitz, dans sa thèse (Lyon 1930), donne une place importante à l'appendicite tuberculeuse dans son étude d'ensemble sur la tuberculose de l'intestin. Toubol (1931) rapporte trois observations d'appendicites précédant immédiatement l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire. Il émet l'hypothèse du « terrain lymphatique » commun à ces deux affections. L. Nové-Josserand (1933) publie une intéressante observation montrant les rapports étroits qui peuvent exister entre la tuberculose pulmonaire et l'appendicite bacillaire. Il en déduit des considérations cliniques et thérapeutiques que nous étudions en détail dans cette thèse. Citons enfin, pour terminer cette énumération un peu longue, le travail de Bonnamour (1933) qui donne au problème, si confus jusqu'à maintenant, des précisions particulièrement nettes.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Muller en 1909 réunissant de très nombreuses statistiques conclut que 1-2 % de toutes les appendicites opérées sont tuberculeuses. Dans les statistiques publiées par Warwick (1920), ces chiffres varient de 0,2 % à 3 % (Deaver et Litz). Pour Hurdon il serait de 1,2 %. Noehren et Muller arrivent à un pourcentage plus fort, 4,4 %. Il semble donc que la proportion des appendicites tuberculeuses de 2 % donnée par Murphy est exacte : l'appendicite tuberculeuse primitive est donc rare.

Les statistiques portant sur des tuberculeux sont plus édifiantes à ce sujet. Letulle, sur 500 autopsies de tuberculeux, a trouvé 144 cas où il y avait des lésions tuberculeuses de l'appendice, soit 28,8 % des cas, dont 132 fois avec quelques autres lésions de l'intestin et 12 fois où la tuberculose de l'appendice existait seule.

Le Bras note 7 à 8 % d'appendicites tuberculeuses chez les tuberculeux, Galouzewski 18 sur 31 autopsies de tuberculeux. Pour Sabourin, 40-50 % de tuberculeux se plaindraient de l'appendice. De plus, les faits étudiés par Poncet et Leriche sous le nom de tuberculose inflammatoire, ne se décelant pas par des lésions

histologiques et n'ayant que des manifestations cliniques, viendraient peut-être augmenter cette proportion.

Bonnamour constate que, 144 fois sur 710 autopsies de tuberculeux, l'appendice présentait des lésions tuberculeuses (16,05 %), chiffre plus fort en réalité (Bonnamour). 7 fois seulement l'appendice était seul atteint.

Nous pouvons donc conclure que :

- 1^o 2 % de toutes les appendicites sont tuberculeuses ;
- 2^o Environ 25 % de tuberculeux sont atteints d'appendicite tuberculeuse (28,8 % Letulle, 16,05 % Bonnamour) ;
- 3^o L'appendicite tuberculeuse isolée sans lésions concomitantes de l'intestin est rare (Letulle 2,4 %, Bonnamour 1 %).

Il nous semble cependant que la proportion de 1-2 % d'appendicites tuberculeuses isolées chez les tuberculeux est en réalité beaucoup plus forte que ne le prouvent les statistiques portant sur les autopsies. Elles ne nous renseignent, en effet, que sur les cas ayant évolué vers l'extension des lésions, ce que précisément nous cherchons à éviter par un diagnostic précoce.

Age. — De toutes les statistiques il résulte que c'est dans le jeune âge que l'appendicite tuberculeuse est la plus fréquente. Les deux, les plus typiques, que nous reproduisons, concernent les enfants de 8 et 13 ans.

Dans la statistique de Bonnamour plus de 60 % de cas ont été notés chez des malades de moins de 30 ans.

L'influence des formes de la tuberculose pulmonaire ne semble pas avoir une grande importance à ce sujet. Notons néanmoins en premier lieu les formes excavées et fortement bacillifères.

PATHOGÉNIE

L'appendice, organe essentiellement lymphoïde (ne l'a-t-on pas dénommé « l'amygdale de l'intestin ») se laisse aisément pénétrer par les agents microbiens. Les nombreux follicules clos qui le tapissent en font une vaste plaque de Peyer se laissant facilement imprégner par le bacille de Koch dont on connaît l'affinité pour les organes lymphoïdes. L'appendice serait donc primitivement atteint dans la majorité des cas de tuberculose intestinale compliquant la tuberculose pulmonaire. Le fait que les organes lymphoïdes s'atrophient avec l'âge pourrait aisément expliquer la fréquence relative de l'appendicite tuberculeuse chez l'enfant et les sujets jeunes.

Les voies d'accès sont nombreuses :

La plus importante nous paraît être *la voie intestinale*. La déglutition des crachats bacillifères aboutirait à l'ensemencement de l'appendice où la stagnation est poussée au maximum. Ces théories sont suffisamment connues (d'ailleurs il n'y a rien de particulier à ce sujet à l'appendicite tuberculeuse) pour que nous puissions ne pas les développer ici.

La voie lymphatique serait rarement en cause, tout au moins dans les cas d'appendicite tuberculeuse apparaissant comme complication de la tuberculose pulmonaire que nous envisageons seuls ici.

Les lésions de l'appendice *par voisinage* ont été décrites dans la tuberculose des annexes et du péritoine.

La voie sanguine est très diversement interprétée. Pour les uns (Beaugendre) l'appendice serait, dans la septicémie bacillaire, l'organe plutôt éliminateur, chargé de rejeter dans l'intestin des microbes, que l'organe fixateur. Pour d'autres il serait par contre essentiellement fixateur des bacilles de Koch. Expérimentalement Charles Richet fils et Saint-Girons ont injecté des microbes variés (Coli, Eberth, Strepto, B. K.) dans le sang de lapin et ont obtenu des lésions intestinales et appendiculaires. Avec le bacille tuberculeux ils observèrent que l'élimination principale se faisait par l'appendice.

Notons enfin que dans presque tous les cas l'appendice tuberculeux est infecté par les germes de suppuration banaux. Ce fait est connu depuis longtemps : en 1905 Letulle publia un beau cas d'appendicite tuberculeuse ulcéreuse, compliquée d'un processus infectieux. Notre cas de l'observation I en est un autre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les aspects macroscopiques et l'histologie pathologique de l'appendicite tuberculeuse sont bien connus aujourd'hui. Ils occupent une large place dans les traités classiques. Nous ne ferons donc qu'énumérer les principales formes anatomiques en précisant celles qui nous semblent moins connues.

Les formes anatomiques de l'appendicite tuberculeuse sont relativement variées. Nous suivons la classification de Perera reprise par Bérard.

1^o *Forme granulo-ulcéreuse*. Les lésions débutent et se cantonnent souvent au point d'implantation de l'appendice. L'ulcération peut se prolonger dans le cæcum ce qui explique l'apparition fréquente de fistules après l'ablation de l'appendice.

2^o *Forme entéro-péritonéale*, est en général la conséquence de la précédente.

3^o *Forme hypertrophique*, étudiée dans ces dernières années par Gayet, Perrin et Dunet. Plus fréquente dans la tuberculose du cæcum, cette forme se caractérise par une évolution extrêmement latente.

4^o *Forme pseudo-néoplasique*, évolue surtout chez les

sujets âgés. Le cæcum et l'appendice sont englobés dans une gangue scléro-lipomateuse.

5° *Forme atrophique*, correspondrait au stade de guérison de l'ulcération tuberculeuse.

6° *Forme kystique*, hydroappendice d'origine tuberculeuse. Décrite dans la thèse de Petit (1905), a fait l'objet des observations de Jaboulay (1912), de Tixier, de Patel (1925).

7° *Formes avec abcès* :

- a) Aboutissant très souvent, après perforation et envahissement de l'abcès par les matières fécales, à la formation des abcès pyo-stercoraux qui ont tendance à diffuser et finalement s'ouvrir dans le péritoine, dans une anse grêle ou à la peau. Peuvent créer des fistules pyo-stercorales ;
- b) Parfois on note un simple abcès froid endo-appendiculaire.

Nous voulons insister tout particulièrement sur cette dernière forme dont une de nos observations apporte un type parfait. Déjà Bonnamour, dans son article (*loc. cit.*), y a attiré l'attention. Pour cet auteur les abcès froids de l'appendice sont plus nombreux qu'on ne le dit dans les traités classiques. Il en rapporte 52 cas sur 96 dans sa statistique.

Ces abcès semblent correspondre à des lésions très anciennes, évoluant avec une latence remarquable et restant localisées à l'appendice pendant très longtemps.

Leur siège est situé soit à l'extrémité même de

l'appendice formant un véritable battant de cloche, soit au milieu même de l'organe (Bonnamour), souvent l'occupant en entier et distendant ses parois à l'extrême. Dans certains cas les parois de l'appendice sont en même temps hypertrophiées. L'abcès est ordinairement unique, on en a observé quelquefois deux dans le même appendice. A l'ouverture il apparaît un pus crémeux, caséeux. Dans le cas que nous rapportons (obs. 1) l'appendice était en entier occupé par un énorme abcès et nettement séparé du cæcum par une base parfaitement saine.

Notons, enfin, qu'il semble y avoir une influence de l'âge sur la forme anatomique de la lésion. Bonnamour a constaté que plus on avance en âge, plus on a tendance à faire des formes hypertrophiques et pseudo-néoplasiques. Ceci ne se confirme pourtant pas dans l'observation que nous rapportons où il s'agit d'une fillette de 8 ans.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons énuméré dans l'introduction les différents aspects des rapports qui peuvent exister entre la tuberculose pulmonaire et l'appendicite tuberculeuse. Il ne semble y avoir rien à ajouter à la description de **l'appendicite banale des tuberculeux** ni de **l'appendicite simulant la tuberculose**. Leur symptomatologie est identique à celle de l'appendicite banale, bien étudiée dans les traités de pathologie.

Il ne nous reste donc qu'à étudier l'individualité clinique de **l'appendicite tuberculeuse chez les tuberculeux pulmonaires**.

Il semble impossible au point de vue clinique de conserver la division que nous avons faite en étudiant l'anatomie pathologique. Certaines formes anatomiques n'ont pas d'individualité clinique et sont des découvertes histologiques. Des manifestations appendiculaires peuvent même se voir sans que l'appendice soit le siège de lésions anatomiques tuberculeuses évidentes (p. ex. les formes de tuberculose inflammatoire de Poncet et Leriche). A la diversité des formes

anatomiques s'opposent, en clinique, deux formes principales de l'appendicite tuberculeuse : *la forme aiguë* et *la forme chronique*.

Notons que la forme décrite sous le nom de subaiguë n'est qu'un intermédiaire entre les deux précédentes.

1^o Appendicite tuberculeuse aiguë.

C'est une forme très rare, Dumarest en a observé 12 cas sur 2.500 tuberculeux. Poncet et Leriche estiment qu'avec les moyens actuels d'investigation on doit identifier 3-4 % de cas tuberculeux sur la totalité des appendicites aiguës.

Les symptômes qui permettent de la soupçonner sont :

a) *La diarrhée* au cours de la crise. Elle peut cependant manquer et des appendicites banales peuvent en présenter. C'est donc un signe incertain.

b) *Le ballonnement* abdominal sur lequel Lejars a attiré l'attention.

En réalité il n'existe que des signes de présomption : rémissions incomplètes, persistance de la fièvre, rechutes fréquentes, état général mauvais, diarrhée et, avant tout, les antécédents bacillaires du malade peuvent amener à un diagnostic de probabilité qui sera confirmé à l'opération.

Ajoutons que l'appendicite tuberculeuse chronique étudiée plus loin peut un jour revêtir une allure de crise appendiculaire aiguë en rapport avec une surinfection par des germes banaux. Aux signes d'appendi-

cite tuberculeuse chronique fait alors suite un syndrome d'appendicite aiguë ordinaire plus ou moins typique dont le diagnostic ne présente généralement aucune difficulté.

2° Appendicite tuberculeuse chronique.

Cette forme est de règle. Sa symptomatologie se confond en général avec celle de la tuberculose intestinale car souvent *complètement latente*, l'appendicite tuberculeuse chronique ne se révèle que par des troubles entéritiques en rapport avec une tuberculose intestinale secondaire. Quelquefois c'est une crise appendiculaire aiguë, résultat d'une greffe d'infection banale sur l'appendice tuberculeux qui attire l'attention sur la fosse iliaque droite.

C'est une forme atténuée évoluant à bas bruit ; elle est souvent trouvaille d'autopsie.

Les signes en sont variables :

tantôt latence absolue,
tantôt diarrhée incoercible,
tantôt douleurs plus ou moins vives, mais rien ne
fait penser à l'appendice.

Dans la plupart des observations on ne note aucun signe : ventre souple, pas de douleur à la palpation très nette, mais la diarrhée existe dans presque tous les cas.

Il y a cependant certains symptômes, bien précisés

par Bonnamour ces dernières années (*loc. cit.*), qui doivent indiquer une localisation sur le carrefour iléo-cæco-appendiculaire.

Notons tout d'abord les *poussées intestinales évolutives* évoluant chez les tuberculeux pulmonaires, qui indiquent le plus souvent le début d'une tuberculose intestinale et en constituent la période chirurgicale, c'est-à-dire celle où l'on peut poser une indication opératoire avec chance de succès.

Ces poussées peuvent présenter deux types : ou bien revêtir l'allure clinique d'une *poussée évolutive pulmonaire*, dont elle est difficile à différencier ou bien plus fréquemment un épisode de *diarrhée fébrile*.

Le premier type se caractérise par un ensemble de signes généraux : température, amaigrissement, anorexie, accompagnés ou non de troubles dyspeptiques plus ou moins vagues qui n'attirent pas généralement l'attention du côté de l'intestin. Mais dans quelques cas l'hypothèse d'une poussée pulmonaire n'est nullement justifiée par l'examen. La fièvre a un type spécial : elle est variable d'un jour à l'autre, donnant un tracé d'une irrégularité complète et surtout à maximum post-prandial (Bonnamour), donnant un clocher thermique dans les deux heures qui suivent le repas. L'anorexie est tenace et ne cède pas au repos comme il est fréquent dans les poussées pulmonaires.

Dans le deuxième type la symptomatologie intestinale attire d'emblée l'attention et le principal signe est une *poussée diarrhéique*. Elle survient volontiers au cours d'un traitement par les sels d'or. Cette diar-

rhée après l'aurothérapie, surtout si elle dure quelques jours, est un très précieux signe d'alarme. Elle s'accompagne toujours de clochers thermiques, soit clocher dépassant la courbe fébrile ordinaire, soit petit clocher post-prandial, comme dans le cas précédent.

La chute du poids est également très marquée et, si une reprise est obtenue, ce n'est qu'avec une extrême lenteur, malgré que les malades conservent souvent leur appétit.

Les douleurs sont à type de coliques ou en barre. Précédant la selle et calmées par l'évacuation, elles ont l'horaire même de la diarrhée ou quelquefois l'horaire post-prandial. Le rythme, la fréquence des évacuations est variable et défie toute description. 3-4 selles par jour, de préférence le matin ou, au contraire, quelques selles toujours groupées dans l'après-midi, selles liquides, foncées, fétides, parfois seulement pâteuses et plus claires. Elles contiennent presque toujours de nombreux bacilles tuberculeux à l'examen.

Les signes décrits à propos des appendicites banales non bacillaires font généralement défaut. Les vomissements sont rares. La constipation exceptionnelle, quelquefois alternant avec les poussées diarrhéiques.

A l'examen, le ventre est souple, pas de défense de la paroi (sauf s'il y a surinfection), pas d'hyperesthésie cutanée, souvent ballonnement abdominal décrit par Lélars. Certains auteurs ont noté un empatement de la fosse iliaque droite, qui disparaît en dehors des poussées (L. Nové-Josserand).

Ces nombreux signes peuvent quelquefois faire plus ou moins défaut. Dans notre observation (obs. I) à part la diarrhée nous n'avons rien noté jusqu'au moment où une crise aiguë de surinfection s'est déclarée.

Evolution :

Elle se fait, comme nous l'avons dit, essentiellement à bas bruit et entrecoupée de temps à autre par des poussées évolutives. Ces dernières correspondent soit à l'extension des lésions (au cæcum, à l'iléon, aux ganglions, au péritoine), soit à des surinfections de l'appendice déjà mentionnées. La durée de l'évolution est souvent très longue (3 ans dans le cas de Nové-Josserand), l'affection étant « d'une chronicité décourageante » (Nové-Josserand).

Complications :

En dehors de l'extension et de greffe d'une appendicite banale (qui dans certains cas peut être considérée comme une complication favorable pour indiquer assez tôt une lésion appendiculaire parfaitement enlevable, notre observation en est un exemple parfait), citons la possibilité de la perforation dans les formes ulcéreuses. Elle est d'ailleurs rare. Notons enfin l'aggravation possible des lésions pulmonaires du fait de l'évolution d'une appendicite tuberculeuse dont elle assombrit le pronostic.

Pronostic :

Le pronostic de l'appendicite tuberculeuse dépend essentiellement de ses complications, l'appendicite bacillaire isolée étant une affection curable et en elle-même d'un pronostic favorable. Il est réservé dans tous les cas où l'extension des lésions trop accentuée ne permet plus le traitement chirurgical.

Diagnostic :

Nous avons suffisamment insisté sur son extrême difficulté à cause de la latence possible de l'affection, tout au moins au début. C'est cependant le moment le plus important où il faut s'efforcer de dépister une appendicite tuberculeuse, ce qui augmentera d'autant les chances d'une thérapeutique efficace. Quand on a constaté chez un tuberculeux pulmonaire, atteint d'une lésion excavée, bacillifère, une diarrhée apparaissant par poussées et rebelle à toutes les médications symptomatiques, associée souvent aux signes décrits plus haut, il faut penser à la possibilité de la participation de l'appendice à la symptomatologie.

Et quand on aura éliminé les autres causes de diarrhée chez les tuberculeux (amylose, suralimentation, tuberculose intestinale, poussées cæcales de Burnand), et quand l'examen radiologique aura permis de supposer que les lésions sont suffisamment localisées au carrefour iléo-cæcal, on devra poser les indications opératoires.

TRAITEMENT

Une fois l'appendicite tuberculeuse isolée diagnostiquée chez un tuberculeux pulmonaire, le traitement opératoire s'impose. Il n'y a pas de traitement curatif médical de l'appendicite tuberculeuse. Toute médication symptomatique échoue dans tous les cas.

Les interventions chirurgicales chez les tuberculeux ayant soulevé de nombreuses discussions, il nous semble indispensable de préciser certains points particuliers de la question.

A. — Dans le cas de *l'appendicite tuberculeuse surinfectée* se traduisant par une crise aiguë, aucune discussion n'est possible. Même si les lésions pulmonaires sont d'une extrême gravité pouvant faire craindre une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit, le malade n'a rien à gagner par la temporisation. Par contre, l'opération pratiquée à temps et, point important, à l'anesthésie autre que l'éther et même le chloroforme (l'anesthésie locale ou la rachianesthésie semblent être bien supportées par les tuberculeux), quand les lésions sont encore localisées, ne peut être que couronnée d'un succès. L'observation I que nous rapportons montre qu'aucune suite fâcheuse du fait de l'inter-

vention n'est survenue dans les jours qui l'ont suivie. Bien au contraire, nous avons assisté à une amélioration incontestable aussi bien locale (fermeture de la plaie opératoire dans les délais normaux, absence de fistule) que dans l'état pulmonaire. Il est bien entendu que nous ne discutons pas ici l'opportunité de l'intervention dans les cas où, en plus de l'appendicite tuberculeuse, il y a d'autres lésions bacillaires intestinales dont cette première n'est qu'un épiphénomène. Cela dépasse le cadre de ce travail.

Nous ajoutons cependant que, même quand on a des craintes de trouver à l'intervention des lésions plus étendues, dans les cas où une crise aiguë d'appendicite tuberculeuse surinfectée nécessite l'opération, une laparotomie apporte au malade plus de chances de trouver des lésions encore enlevables que la temporisation n'apporte de chances de résolution spontanée.

B. — Tout autre apparaît le problème en dehors de crise aiguë de surinfection, dans les cas où l'ensemble des signes permet de supposer l'existence d'une *appendicite tuberculeuse chronique* chez un tuberculeux.

Ici la vie n'étant pas immédiatement menacée, et d'une part la gravité de l'état pulmonaire faisant redouter le choc et les suites opératoires, d'autre part la crainte de la dissémination bacillaire du fait de l'intervention, on est fatalement incité à la temporisation. Pourtant le tuberculeux pulmonaire a tellement besoin d'avoir un appareil digestif en parfait état que,

devant les troubles apportés à l'alimentation et à la nutrition générale qui gênent énormément la cicatrisation des lésions pulmonaires, on constate tout ce qu'a de dangereux aussi la temporisation.

Faut-il aussi, pour la question qui nous intéresse, tenir compte de l'influence heureuse qu'exercerait dans certains cas, sur la cicatrisation des foyers pulmonaires, la naissance ou la coexistence d'une autre lésion tuberculeuse extra-pulmonaire ? Marfan avait remarqué en effet que les tuberculoses locales vaccinaient contre la tuberculose pulmonaire. Pour Sergent la tuberculose pulmonaire revêtirait chez certains sujets, porteurs de lésions tuberculeuses chirurgicales, la forme d'une « phtisie froide ». Il semble d'autre part qu'en opposition avec ces faits parfaitement vrais, il y a des observations également incontestables où la disparition d'un foyer tuberculeux à distance exercerait une influence des plus favorables sur la tuberculose pulmonaire. En effet, notre Maître, M. Jacob, cite le cas d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire excavée bilatérale qui guérit rapidement à la suite de l'ablation d'un rein tuberculeux. E. Bernard a rapporté également l'histoire d'un malade porteur de 17 localisations bacillaires extra-pulmonaires qui vit guérir sa tuberculose pulmonaire grave par le traitement exclusivement chirurgical des foyers extra-pulmonaires.

Il n'y a donc pas de ligne de conduite strictement tracée par une doctrine rigoureusement exclusive. C'est l'expérience acquise au lit du malade qui guidera

médecin et chirurgien unis dans une étroite collaboration (L. Nové-Josserand).

Mais quand la lésion extra-pulmonaire porte sur un segment du tube digestif facilement accessible, comme l'appendice, et qu'on la suppose limitée, donc facilement enlevable en totalité, étant donnée l'importance du bon fonctionnement du tube digestif chez le tuberculeux pulmonaire, nous pensons (après L. Nové-Josserand) qu'il faut chercher à oublier momentanément les notions de pathologie générale sur l'influence vaccinnante, et s'orienter vers les indications opératoires.

Sergent, en discutant l'opportunité de cette intervention à cause de l'état pulmonaire des malades, préconise également le bistouri, mais il insiste sur ce fait que le moment de l'opération doit être choisi en dehors des poussées pulmonaires.

On voit donc l'intérêt que présente le diagnostic exact sur lequel nous avons longuement insisté dans les chapitres précédents de ce travail. De sa précocité dépendent toutes les chances de succès de la thérapeutique que nous préconisons.

Nous ne saurions, cependant, trop attirer l'attention sur le fait que seules les formes bien limitées à l'appendice répondent à cette conclusion. Une prudence extrême doit être réservée aux cas où le foyer appendiculaire ne pourrait être enlevé comme une véritable tumeur maligne, en bloc, en tissu sain (André Richard) sans toucher au foyer tuberculeux lui-même.

Nul n'ignore à l'heure actuelle les dangers de la

dissémination bacillaire (granulie) si on ne suit pas strictement ce principe.

C. Résultats. — Avec les procédés anesthésiques actuels, avec l'anesthésie locale en particulier, on ne doit plus craindre les poussées évolutives pulmonaires post-opératoires qui ont fait redouter jusqu'à ces dernières années toute intervention chirurgicale chez les tuberculeux pulmonaires.

Au contraire, comme de nombreuses observations en font foi (celles que nous rapportons en particulier), on voit souvent après l'opération les lésions pulmonaires rétrocéder, comme si la lésion appendiculaire était le foyer retentissant sur les poumons aussi bien que sur l'état général, foyer qui est une menace constante d'extension intestinale ou péritonéale ou même de généralisation tuberculeuse et qu'il n'y a qu'intérêt à supprimer (Bonnamour).

Notons enfin que si l'opération est effectuée dans les conditions que nous avons indiquées, les résultats locaux sont des plus favorables : cicatrisation de la plaie dans les délais normaux, absence de fistule, disparition de la diarrhée et de tous les signes abdominaux.

Dans notre observation (obs. I) et celles que nous reproduisons dans la suite, aucune complication d'ordre local, tant redoutée cependant du fait de la nature bacillaire des lésions, n'a été constatée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie par nous dans le service de M. le Dr Jacob (Salpêtrière). Présentée par notre maître, Mlle Dreyfus-Sée, à la Société de Pédiatrie à Paris (Séance du 29 janvier 1935).

Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée. Appendicectomie pour lésion tuberculeuse et surinfection. Amélioration de l'état digestif et pulmonaire.

A. Ch..., âgée de 8 ans, hospitalisée dans le service de femmes et enfants tuberculeux à la Salpêtrière (Dr Jacob) depuis le 19 décembre 1933 pour des lésions tuberculeuses pulmonaires bilatérales anciennes, diffuses et excavées, extrêmement sévères. Traitées depuis avril 1933, elles avaient justifié l'établissement d'une collapsothérapie bilatérale (phrénicectomie gauche après échec du pneumothorax et essai infructueux d'un pneumothorax droit). Pendant les premiers mois de son séjour dans notre service la température oscille entre 37° et 38°, le poids reste stationnaire autour de 22 kgr., mais les lésions pulmonaires continuent à évoluer, l'expectoration est très bacillifère, l'état général reste alarmant. A deux reprises l'enfant fait une hémoptysie et des crises répétées de dyspnée

paroxystique nécessitant des injections presque quotidiennes de morphine. Un essai d'aurothérapie (Myoral) institué mi-février est arrêté après quelques injections à la suite de diarrhée qui, apparue au début de mars, persiste rebelle aux médications symptomatiques (bismuth, stovarsol) jusqu'au mois de mai. Dès lors l'état général de l'enfant s'améliore légèrement. On supprime la morphine.

Au début du mois d'octobre, nouvel accès de diarrhée. Le 19 octobre notre petite malade, dont l'état général est toujours des plus sérieux, mais qui jusqu'à ce jour n'avait jamais accusé de phénomènes douloureux abdominaux, présente une crise appendiculaire aiguë. A l'examen local on trouve une douleur au point de Mac Burney et une contracture pariétale à ce niveau, cependant sans vomissements ni constipation : le matin même l'enfant a eu une selle normale. Dans les heures qui suivent, les signes locaux s'accroissent, la fièvre s'élève sans cependant dépasser 38°6 et l'on se décide à intervenir.

Pratiquée sous anesthésie locale (D^r Gorecki), l'intervention montre un appendice adhérent et distendu, presque aussi volumineux que le cæcum. Sa base seule a conservé son diamètre normal sur une longueur de 1 cm. A l'ouverture il apparaît rempli de pus verdâtre assez bien lié. Il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse. Sa paroi est très épaissie. Rien au cæcum ni au grêle. Pas de granulations sur le péritoine ; pas de ganglions visibles dans le carrefour iléo-cæcal.

A l'examen histologique, l'hypertrophie de la paroi de l'appendice porte surtout sur la sous-muqueuse et la sous-séreuse. Toutes les tuniques présentent une infiltration purulente aiguë, mais de plus on trouve au voisinage de la muqueuse un tubercule typique avec une zone

de caséification au centre, entourée de quelques cellules épithélioïdes.

Les suites opératoires excellentes. Pas de fistule. Les accès diarrhéiques ne se sont pas reproduits depuis et l'état général s'est nettement amélioré.

Actuellement (mois de mars 1935) cette malade est toujours dans le service. Les dernières radiographies montrent une amélioration des lésions pulmonaires. Pas de troubles digestifs. L'état général très amélioré.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Dr L. Nové-Josserand.

Publiée dans le *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 juin 1933.

Tuberculose pulmonaire grave. Poussées diarrhéiques pendant 3 ans. Appendicectomie. Suites excellentes. Amélioration pulmonaire.

Maria Lh..., 13 ans, entre le 10 décembre 1923 dans le service de tuberculose infantile du Perron. Début en mars 1923 par toux persistante, fièvre à 38°3, amaigrissement, dyspnée.

Signes cavitaires au sommet gauche. Craquements secs au sommet droit.

Température, 38° à 38°5. Recherche positive des bacilles de Koch dans l'expectoration et les selles.

Déjà à cette date on note que la palpation provoque une vive douleur au point de Mac Burney; la région médiane au-dessus de la symphyse est également douloureuse à la pression profonde.

La tuberculose pulmonaire évolue rapidement puis-

qu'en mars 1924 les signes cavitaires s'accroissaient au sommet droit.

Du côté de l'abdomen on ne trouve à ce moment-là (23 février 1924) que de la diminution de souplesse de la fosse iliaque droite, quoique depuis son entrée la malade n'ait cessé de souffrir du ventre, sans constipation, plutôt avec la diarrhée.

Malgré cet ensemble assez mauvais, la cure d'air hygiéno-diététique avait amené une reprise de 5 kgr. de poids.

Température subfébrile avec rémissions. Les règles font leur apparition puis ne reviennent plus.

En mars 1924, on essaye un pneumothorax à gauche qui, pour le dire tout de suite, a été continué deux ans dans des conditions assez satisfaisantes et arrêté net en mai 1927 par un épanchement abondant citrin, puis purulent, avec température à grandes oscillations et point de côté.

De septembre 1925 à mai 1927 on a injecté 12 gr. de thiocrysine par voie intra-veineuse.

Enfin, en juin 1927, on avait après trois ans de lutte contre ces lésions tuberculeuses pulmonaires graves, l'impression que le sommet droit allait se cicatriser et que malgré la complication survenue du côté gauche, interrompant le pneumothorax, il y avait aussi là tendance à l'évolution fibreuse.

Du côté de l'abdomen, pendant ces trois ans, on avait noté l'existence de troubles digestifs continus et de crises douloureuses intermittentes.

Les troubles digestifs consistèrent en alternatives de diarrhée et de constipation avec anorexie accentuée.

Les crises survenaient à plusieurs mois d'intervalle et

duraient quelques jours, s'accompagnaient d'une douleur vive à la pression du point de Mac Burney et de la perception d'un empâtement diffus. On ne notait pas de vomissements ni de poussées thermiques bien fortes.

En avril 1924, par exemple, la température monte à 38°2 alors que la courbe était à 37°8 habituellement et il se montre des douleurs abdominales vives et une diarrhée noirâtre.

Tout rentre rapidement dans l'ordre.

Le 8 septembre 1925 nouvelle crise ; l'enfant se plaint brusquement d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite sans réaction thermique ni vomissement. Mais une diarrhée persistante s'installe plusieurs jours en même temps qu'une plaque, comme une épiploïte autour d'ulcération tuberculeuse, s'installait dans la fosse iliaque droite, mais elle se résolut rapidement par les bains de chaleur et il ne persiste plus qu'un point douloureux.

En décembre 1926 et en mars 1927 nouvelles crises semblables.

A partir de mars 1927 plusieurs autres crises se succèdent, plus rapprochées, mais toujours le grand drame appendiculaire faisant défaut, les symptômes cédaient rapidement.

Il y avait donc accentuation, sinon de la gravité, du moins de la répétition des malaises ; l'alimentation devenant fondamentalement compromise, on décida de profiter de l'évolution, qui s'annonçait moins mauvaise du côté des poumons malgré l'accident pleural grave récent, pour demander au Dr Guilleminet, chirurgien des Hôpitaux, de venir voir la malade. D'un commun accord il accepta de l'opérer, et le 30 mai 1927 il pratiquait l'appendicectomie simple sur un appendice présentant des lésions

macroscopiquement chroniques et banales. Il ne vit pas de lésions de tuberculose aux environs. Suites opératoires normales.

Mais à l'examen histologique il y avait incontestablement des lésions tuberculeuses avec cellules géantes et plasmodes caséeux que l'on retrouve en îlots, entourés d'éléments lymphoïdes à l'intérieur de la tunique musculaire. Toutefois, sur cette appendicite chronique tuberculeuse, s'est greffé secondairement un état inflammatoire assez aigu avec polynucléaires, congestion des vaisseaux du méso sans lésions nettes du péritoine.

Après cette opération l'état général de la malade s'améliore vite et considérablement. Elle prit 7 kgr. en trois mois. Pas de fièvre. Pas de troubles digestifs. Les lésions pulmonaires paraissent complètement fibreuses; aucun râle nulle part; aucune douleur abdominale.

La malade quitte le service en novembre 1927, complètement guérie.

Revue en novembre 1929 la malade a pris encore 10 kgr. et on la trouve en très bon état.

Revue en janvier 1933 la malade se porte très bien, n'a fait aucune poussée pulmonaire ni abdominale, et travaille régulièrement.

OBSERVATION III

(Prof. Bérard, *in* thèse de Heitz, Lyon 1930).

*Tuberculose pulmonaire. — Appendicectomie, août 1927. —
Grosse amélioration datant de 2 ans.*

M. F..., 20 ans. Tuberculose fibreuse bilatérale évoluant depuis mars 1923. A partir de février 1925 troubles

digestifs avec une selle diarrhéique matinale quotidienne et amaigrissement de 10 kgr. en 2 ans (1925-1926). Echec de tous les traitements médicaux.

Examens radiologique montre une stase iléale.

Intervention le 10 août 1927 (prof. Bérard).

Anesthésie à l'éther. On constate une hyperémie de la région cæco-appendiculaire.

Suites excellentes. Disparition de la diarrhée et reprise de 5 kgr. en quelques mois. Etat excellent pendant un an, reprise de quelques troubles digestifs moins marqués.

Revu en juillet 1929, le malade va bien. On peut le considérer comme très amélioré.

OBSERVATION IV

(Prof. Bérard, *in* thèse de Heitz).

Tuberculose pulmonaire. — Appendicectomie en février 1928. Guérison datant de 15 mois.

Mme D..., 28 ans. A toujours souffert de l'estomac et a présenté de l'entérite dans l'enfance. Trois hémoptysies légères au début de 1927. Arrive au sanatorium Belligneux à Hauteville en mai 1927 avec une tuberculose ulcéreuse droite évolutive. Un pneumothorax est pratiqué le 20 mai 1927 et donne de bons résultats. Le poids augmente de 5 kgr. et la malade va bien jusqu'en décembre 1927.

Elle ne crache plus de bacilles à cette date. Apparition des troubles abdominaux en décembre 1927; douleurs dans la fosse iliaque droite et sur tout le trajet du côlon, notamment le matin vers 5-6 heures. Météorisme, anorexie. Petites poussées fébriles. Nausées. Alternatives de

diarrhée et de constipation. Perte de 4 kgr. en deux mois.

L'examen radiologique montre un mauvais remplissage du cæcum et du côlon ascendant. Accollement symphy-saire des deux branches de l'angle gauche du côlon. Essai de traitement médical : tous les médicaments échouent, sauf génatropine qui calme assez bien les douleurs.

L'intervention le 11 février 1928 (prof. Bérard). Anesthésie générale à l'éther. L'appendice tuberculeux que l'on résèque. Etat inflammatoire du cæcum et du côlon ascendant avec de nombreuses adhérences péricæcales et péricoliques et des adhérences épiploïques. Suture de la paroi.

Suites : la malade est revue en décembre 1928. Les résultats de l'opération ont été excellents. Disparition de tous les symptômes intestinaux. Reprise de 5 kgr. depuis l'opération.

Revue en mai 1929 : état général excellent. A repris 2 kgr. dans le courant de l'hiver où elle a continué son traitement par les rayons ultra-violets. Etat pulmonaire très satisfaisant. Aucun trouble abdominal. Elle se trouve actuellement guérie de sa tuberculose intestinale et son état pulmonaire est considérablement amélioré.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite tuberculeuse est une complication réquente de la tuberculose pulmonaire. Elle est souvent le premier stade d'une tuberculose intestinale ;

2° Les formes anatomiques de l'appendicite tuberculeuse sont variées. Nous insistons sur la forme avec abcès endo-appendiculaire que nous avons observée personnellement. Elle est intéressante parce que :

- a) sa symptomatologie est longtemps absolument latente,
- b) elle est très longtemps limitée à l'appendice ;

3° Cliniquement, l'appendicite tuberculeuse aiguë est très rare, l'appendicite tuberculeuse chronique est la règle.

Sa symptomatologie est très fruste, se manifestant essentiellement par des poussées diarrhéiques, souvent sans aucun autre signe pouvant attirer l'attention sur l'appendice ;

4° L'appendicite tuberculeuse peut évoluer vers un syndrome d'appendicite aiguë, résultat d'une greffe d'infection aiguë banale sur l'appendice tuberculeux ;

5° Le diagnostic précoce de l'appendicite tuberculeuse isolée au cours d'une tuberculose pulmonaire est d'une importance capitale. Il permettra un traitement chirurgical efficace;

6° A l'heure actuelle les lésions pulmonaires ne semblent plus être une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale. L'anesthésie convenant le mieux à ces cas semble être l'anesthésie locale. L'éther est formellement contre-indiqué;

7° Toutes les observations que nous rapportons confirment, qu'après l'ablation de l'appendice tuberculeux, les suites locales et générales sont en général excellentes et qu'une amélioration dans l'état pulmonaire semble être constante.

Il convient cependant d'être extrêmement prudent pour les indications opératoires et ne pas oublier les dangers d'une dissémination bacillaire si on n'opère pas sur une lésion strictement localisée.

Vu : le Président de la thèse,
F. BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Notre bibliographie n'a pas la prétention d'être complète. Nous indiquerons les principaux travaux sur l'appendicite tuberculeuse et, en particulier, ceux ayant un rapport avec la tuberculose pulmonaire.

Alglave. — Revue de Gyn. et de Chir. abd., 1910.

Allan. — Two cases of tuberculous appendicitis (The British Med. Journ. of Children's diseases, t. VI, janv. 1909).

de Almeida Prado (A.). — Appendicite chr. et mésosigmoïdite d'origine tub. (Rev. Sud.-Am. de Méd. et de Chir 2, 21-44, janv. 1931).

Argaud-Lefebvre (R.). — Volumineuse fibrose append. d'orig. tubercul. (Toulouse Médical, n° 18, 15 sept. 1931).

Askey (J. M.). — Tuberculous appendix perforation by grass stalk, case report. (California et Wet. Med. 30 : 46, janv. 1929).

Aubry. — Appendicite et tuberculose pulm. (Gaz. Méd. de Nantes, 26 avril 1913).

Aynes. — Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuses. Thèse de Bordeaux, 1896.

Baillet. — L'appendicite aiguë chez les tuberculeux pulmonaires (La Provence Méd. Chirurg., n° 1, janv., févr. 1932).

Barbary. — Appendicite et tuberculose. (Journ. de Méd. de Paris, 1923, tome XLII, p. 135).

Beaugendre. — Appendicite et tuberculose, leurs rapports réciproques. Thèse de Paris, 1914.

- Beck (C.).* — Appendicitis (Klinik Vortrag, 1898).
- Behr.* — Ein Fall von Tuberkulose des Wurmfortsatzes (Mitteilungen aus den Grenzgebieten, t. XIII, 1904, p. 224).
- Bérard et Alamartine.* — Appendice et tuberculose (Lyon Chirurgical, t. IX, p. 490 et 645).
- Bérard et Vignard.* — L'appendicite. Masson, 1914.
- Bézy et Boyreau.* — Un cas d'appendicite tub. chez un enfant. (Toulouse Méd., 15 février 1906, p. 41).
- Bialokur.* — Ablation de l'appendice malade dans le traitement de la phthisie (Zeitschr. f. Tuberkul., juin 1911, p. 427 et Gazeta Lekarska, t. XXXI, 14 oct. 1911, p. 1109).
- Biggs.* — Tuberculose de l'appendice (New-York path. Soc., 1888).
- Bissel (J. B.).* — Fecal fistula following Appendicectomy with report of three cases. (Amer. Journ. of Surg. t. XXII, p. 1117, 1908).
- Bonn.* — Appendicite tuberculeuse. (Inaug. Dissert. Berlin, 1897).
- Bonnamour et Bernay.* — Nécrose de l'appendice au cours d'une tuberculose pulmonaire et intestinale (Lyon Méd., n° 31, 4 août 1929, p. 121).
- Bonnamour (S.).* — L'appendice iléo-cæcal chez les tuberculeux pulmonaires. Tuberculose appendiculaire et appendicite tuberculeuse (Journ. de Méd. de Lyon, n° 327, 20 août 1933).
- Bouglé.* — L'appendicite tuberculeuse (Arch. gén. de Méd., 3 févr. 1903, p. 263).
- Bouglé et Marie.* — Appendicite tuberculeuse (Soc. Anat., 30 janv. 1903).
- Brunon (R.).* — Appendicite chr. et tuberculose (Bull. Méd., 11 nov. 1911, p. 971).
- Rapports entre l'appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1922.

Carnelli (R.). — Studio anatomo-patologico et clinico su tre rare lesioni dell'appendice vermiforme (Arch. Ital. di Chir., 30, 158-201, 1931).

Cathelin (F.). — Appendicite tuberculeuse avec abcès lomb. et fistule pyostercorale (Presse Méd., 20 juillet 1898, p. 30).

— Appendicites aiguës chez les tuberculeux (Presse Méd., 21 juin 1899, p. 297).

Chalier et Murard. — Abcès froid de l'appendice (Soc. Nat. de Méd. de Lyon, 19 mai 1913, p. 380).

Chavannaz. — Sur l'appendicite tuberculeuse (Congrès de Chir., octobre 1905, p. 767).

— Appendicite tuberculeuse (Journ. de Méd. de Bordeaux, 9 février 1908, p. 85).

Claisse. — Appendicite chronique simulant la tuberculose (Soc. Méd. des Hôpitaux, 3 févr. 1911, p. 88).

Clément. — Appendicite tuberculeuse (Marseille Méd., t. XLVII, n° 16, 15 août 1910).

Cotte. — Appendicite aiguë d'origine bacillaire (Soc. Nat. de Méd. de Lyon, 17 juin 1912 in Lyon Méd., t. CXIX, 15 sept. 1912).

— Appendicite aiguë et tuberculose (Lyon Méd., 1920, p. 525).

Delorme. — Quelques remarques sur la typhlo-appendicite tub. (Gaz. des Hôp., 1892, p. 429 et 502).

— Fistule persistante 22 mois après une appendicectomie (Soc. de Chir., 22 nov. 1893, p. 638).

Dock. — Appendicite tuberculeuse (Presse Méd. Belge, 1906, p. 982).

Dreyfus-Sée (Mlle G.), Gorecki et Aschkenasy (A.). — Un cas d'appendicite tub. chez une fillette atteinte de tuberculose pulmonaire grave (Société de Pédiatrie, Paris, séance du 29 janv. 1935).

- Estève.* — Appendicite tuberculeuse. Thèse de Montpellier, 1906.
- Faisans.* — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose (Soc. Méd. Hôp. Paris, 27 janv. 1911, p. 62).
- Finzi (O.).* — Di un tuberculoma del cieco secondario et appendicite tuberculare operata due anni prima et della terapia dell'appendicite tuberculare (Soc. Piemont di Chir., 2, 986-996, 1932).
- Flandin (Ch.).* — L'appendicite simulatrice (appendicite et tuberculose) (Rev. gén. Afr. du Nord, 15 avr. 1928, p. 73).
- Galliard.* — Fièvre hectique jugulée chez une tuberculeuse par l'ablation de l'appendice (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 4 mars 1904, p. 241).
- Galouzevski (A.).* — Résultats de l'appendicectomie chez les tuberculeux (XI^e Congrès de chir. Russes in Praktitch., t. XI, 8 avril 1912, p. 249).
- Gandiani.* — Appendicite tuberculeuse (Il. Policlinico, 1906, p. 381).
- Gatewood.* — Tuberculosis of the appendix (Surg. Clinics Philadelphia, 1920, IV, p. 809-812).
- Gayet.* — La tuberculose hypertrophique de l'appendice (Lyon Chirurg., 1909, t. 1, p. 228).
- Gayet et Collard.* — Appendicite tuberculeuse. (Soc. des Sc. Méd. Lyon, 13 mai 1908 in Lyon Méd., 1908, t. CXI, p. 505).
- Gayet et Croizier.* — Syndrome appendiculaire et tuberculose (Lyon Chir., t. III, 1^{er} vol. 1910, p. 498).
- Heitz (Jean).* — Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la tuberculose intestinale. Thèse de Lyon, 1929-1930).
- Hérisson (G.).* — L'appendicite tuberculeuse. (Gaz. des Hôp., 14 avril 1906, p. 519).
- Josselin Jong (de).* — Rev. de la Tub., 1902.

- Kelly et Hurdon.* — The vermiform appendix and its diseases, 1905.
- Lacouture.* — A propos de la tuberculose de l'appendice. Thèse de Bordeaux, 1906).
- Landouzy.* — L'appendicite aiguë n'est-elle pas plus fréquemment qu'on ne pense fonction de bacilliose de Koch ? (Rev. de Méd., avril 1916, p. 214).
- Le Bras.* — Tuberculose appendiculaire et appendicite. Thèse de Paris, 1909-1910).
- Lejars.* — Le diagnostic clinique de l'appendicite tuberculeuse (La Sem. Méd., t. XXX, 9 nov. 1910, p. 529).
- Lereboullet.* — Appendicite chr. et tub. chez l'enfant (La Pédiatrie, 25 nov. 1912, p. 161).
- Leriche.* — Un cas de tuberculose hypertrophique de l'appendice (Lyon Chir., t. VIII, 1^{er} sept. 1912, p. 295).
- Lesueur.* — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1902-1903.
- Letulle et Weinberg.* — L'appendicite et tuberculose de l'appendice (Rev. de la tub., 1905, p. 1).
- L'appendicite et les lésions tuberculeuses de l'appendice (Soc. Anat., 24 févr. 1905, p. 173).
- Leudet.* — Arch. Gén. de Méd., 1859.
- Liégault (G.).* — Du diagnostic de l'appendicite tub. simulant la tub. pulmonaire. (Thèse de Paris, 1911-1912).
- Mallon (Mlle S.).* — Appendicite et tuberculose. Thèse de Paris, 1919-1920.
- Masini.* — Appendicite et tuberculose. (Sud. Méd. et Chir., 15 févr. 1927, p. 787-791).
- Massary (de).* — Appendicite chronique simulant la tuberculose (Monde Méd., 25 juin 1912, p. 545).
- Masson (G. A.).* — Tuberculous ulceration of appendix (Newcastle M. J., 9, 122-124, janvier 1929).

- Monges.* — Appendicite tuberculeuse (Marseille Méd., t. XLIX, 1907, p. 310).
- Monod (Ch.).* — Appendicite tub. (Soc. Chir., 10 août 1895).
- Muller (M.).* — A propos des appendicites tuberculeuses (Soc. des Chir. de Paris, séance du 21 juin 1929, p. 540).
- Muller (G. P.).* — Tuberculose de l'appendice (University of Pennsylvania, Méd. Bull., t. XXII, avril 1909, p. 48).
- Mutel.* — Diagnostic et traitement de l'appendice chez les tuberculeux pulmonaires. Thèse de Paris, 1911-1912.
- Neslier.* — L'appendicite compliquée de tuberculose (Le Progrès Méd., n° 33, août 1929, p. 1388).
- Noehren (A. H.) et Muller (T.).* — Tuberculous appendicitis report of a case (Surg. Gynec. et Obstet. Chicago, 1922, t. XXXIV, p. 215).
- Nové-Josserand (L.), Roulet et Bertrand.* — A propos d'un cas d'appendicite tub. chez une enfant de 13 ans, atteinte de tub. pulm. grave. (Le Journ. de Méd. de Lyon, 5 juin 1933, p. 343).
- Ott (J.).* — Appendicite croniche d'emblée e loro rapporto con la tubercolosi (Rif. Méd. 45, 1607-1608, 23 nov. 1929).
- Paoli.* — Appendicite tuberculeuse. Thèse de Montpellier, 1908.
- Patel.* — Appendicite tub. aiguë et appendicite chez un tuberculeux (Lyon Méd., 30 déc. 1900).
- Hydro-appendice tuberculeux (Soc. Chir. de Lyon, 25 juin 1925).
- Perera.* — Appendicite chez les tuberculeux et tuberculose de l'appendice (Medicina Ibera, 13 août 1927, p. 125).
- Perrin et Dunet.* — L'appendicite tuberculeuse hypertrophique latente (Presse Méd., XXX, 1922, p. 809).
- Petit (L. H.).* — Contribution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1905-1906.
- Pheulpin.* — Appendicite gangr. d'origine vraisemblablement

tub. (Soc. de Méd. Milit. et Franç. Bull. Paris, 1921, t. XV, p. 259-266).

Popper (H.). — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appendice (Wiener Medizinische Wochenschrift, n° 15, 6 avril 1929, p. 478-482).

Rabère-Mandillon. — Volumineux appendice tuberculeux (présentation de pièce) (Soc. Anat. Clin. de Bordeaux, séances du 28 avril et 8 mai 1930, p. 522 et 682).

Reclus. — Typhlite et appendicite tuberculeuses (Bull. Méd., 1893, p. 587).

Reynier, Richelot, Delorme, Terrier et Reclus. — Discussions sur l'appendicite tub. (Soc. chir., 1892).

Richet (Charles, fils) et Saint-Girons. — Contribution expérimentale à la pathogénie des appendicites hématogènes (Presse Méd., avril 1911).

Robles (A. A.). — Sobre un caso de appendicitis tuberculosa en el curso de una bacilosis pulmonar (Rev. de la Soc. Med. Inter. y Soc. de Fisiol., 6, 577-587, oct., nov. 1930).

Sabourin. — Tuberculose pulmonaire et appendicite chronique (Journ. des Prat., 10 mai 1912).

— « L'appendicisme », maladie tuberculeuse (Journ. des Prat., 11 janv. 1913, p. 21).

Sainte-Marie Dodeuil. — Tuberculose et appendicite. Thèse de Paris, 1905-1906.

Sergent (E.). — Appendicite chronique et tuberculose (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, t. XXXI, 3 févr. 1911, p. 85).

— Tuberculose pulmonaire et appendicite chronique (Journ. des Prat., 10 mai 1912, p. 325).

— Etudes cliniques sur la tuberculose, Maloine, 1919.

Silvestri (I.). — Appendicite e tubercolosi (Riforma Méd. Napoli, 1920, t. XXXVI, p. 34).

- Encora à proposito di appendicite e tubercolosi (Policlinico, 40 : 566-571, 10 avril 1933).
- Toubol.* — Appendicite et tuberculose (Les nouvelles therap., 16 avril 1932).
- Velez (F. J.).* — Tuberculosis y appendicitis (Revista de Higiene y de tuberculosis, n° 246, 30 nov. 1928).
- Vignard.* — Appendicite tuberculeuse chez l'enfant. Thèse de Toulouse, 1906.
- Walther.* — Soc. Méd. des Hôp., 16 avril 1911 et 10 février 1912.
- Warwick (M.).* — Tuberculosis of the appendix (Annales of Surg. Philadelphie, 1920, t. LXXI, p. 139-148).
- Tuberculous ulcères of intestine and appendix (New-England J. Méd., 201 : 277-280, 8 août 1929).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Historique.....	13
Etiologie.....	17
a) Fréquence.....	17
b) Age.....	18
c) Influences des formes de la tuberculose pulmonaire.....	19
Pathogénie.....	20
Anatomie pathologique.....	22
Etude clinique.....	25
I. Appendicite tuberculeuse aiguë.....	26
II. Appendicite tuberculeuse chronique.....	27
Signes.....	27
Evolution.....	30
Complications.....	30
Pronostic.....	31
Diagnostic.....	31
Traitement.....	32
a) Appendicite tuberculeuse surinfectée et aiguë.....	32
b) Appendicite tuberculeuse chronique.....	33
c) Résultats.....	36
Observations.....	37
Conclusions.....	45
Bibliographie.....	47

